Aus der Universitäts-Hautklinik Marburg-Lahn
Direktor: Prof. Dr. *A. Ruete*

Über das Erythema chronicum migrans „Lipschütz"

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Philipps-Universität zu Marburg

vorgelegt von

Fritz Becker
prakt. Arzt

Marburg 1936

Druck:
Hessischer Verlag Karl Euker, Marburg/Lahn

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg
am 24. 6. 1936.
Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.
Referent: Prof. Dr. Ruete

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner lieben Frau!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554421_0213

Im Jahre 1909 wurde von *Afzelius* in Stockholm ein Fall von einer bisher nicht bekannten Hauterkrankung vorgestellt. Einen ähnlichen hatte er schon im Jahre 1908 beobachtet. Er benannte später diese Hautaffektion mit „Dermatitis migrans". Durch diese Bezeichnung brachte er ein hauptsächliches Charakteristikum, nämlich das Prinzip des „Wanderns", zum Ausdruck. Seine damaligen weiteren Beobachtungen deckten sich fast völlig mit den in einer Arbeit von *Lipschütz* im Jahre 1913 bekannt gegebenen Erscheinungen bei einer Hauterkrankung, die in der Fachwissenschaft als „Erythema chronicum migrans Lipschütz" bekannt ist. Die Zahl der in der gesamten Fachliteratur beschriebenen und behandelten Fälle ist verhältnismäßig spärlich wie auch die Zahl der mit dieser seltenen Erkrankung sich befassenden Autoren nicht allzu hoch ist.

Wenn ich soeben darauf hinwies, daß *Afzelius* schon 1909 seine Hörerschaft mit einem Krankheitsbild, das später von *Lipschütz* mit „Erythema chronicum migrans" bezeichnet wurde, vertraut machte, so beabsichtige ich damit, mich der Forderung von *Hellerström* anzuschließen, der bezüglich der Prioritätsfrage die Krankheit mit „Erythema chronicum migrans Afzelius-Lipschütz" bezeichnet wissen will. Auch in der späteren Literatur taucht immer wieder die Bezeichnung „Erythema chronicum migrans Afzelius" auf, wie auch jüngst – August 1935 – *Alibekow*-Moskau sich nur über eine Afzelius'sche Krankheit bei der Besprechung eines charakteristischen Falls äußert.

Da ich Gelegenheit hatte, in diesem Jahre zwei charakteristische Fälle dieser seltenen Erkrankung

kennenzulernen, erlaube ich mir, diese als weiteren Beitrag bekannt zu geben.

Eingangs möchte ich auf die im Jahre 1934 von *R. Stadelmann* erschienene Arbeit verweisen. Verfasser bespricht die Klinik des Krankheitsbildes des „Erythema chronicum migrans Lipschütz" und seine Differentialdiagnose gegen das Erythème papulocirciné migrateur et chronique Darier und gegen das Erysipeloid Rosenbach. Bei seinen sechs beobachteten Fällen stellt er als hauptsächlichstes Unterscheidungsmerkmal gegen das Darier'sche Erythème das Vorhandensein eines nur einzigen Ringes, der unter stetigem peripheren Wachsen (Wandern) bei Abblassen der zentralen Hautpartieen einen außergewöhnlichen Umfang erreichte, und das Beschränktbleiben des Erythemringes unter fortwährendem Wachsen auf ein Gebiet heraus. Die Chronizität der Erkrankung und das mangelnde Ansprechen auf die verschiedensten Behandlungsmethoden sind Charakteristika der Erkrankung. Nur in einem der sechs Fälle konnten subjektive Beschwerden festgestellt werden. In zwei Fällen konnten als ätiologischer Faktor Insektenstiche nachgewiesen werden; doch hält *Stadelmann* bei den übrigen Fällen Insektenstiche als Ursache der Erkrankung für wahrscheinlich. Die Frage, welches Insekt verantwortlich zu machen ist, — ob vielleicht Ixodes reduvius oder Ixodes ricinus — läßt er offen. Im übrigen hält er die Möglichkeit einer gewissen Disposition und gewisse konstitutionelle Faktoren für das Auftreten des Erythems für gegeben.

„Über die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen Erythema annulare centrifugum Darier und Erythema chronicum migrans Afzelius-Lipschütz" äußern sich nach *Stadelmann* die zwei Autoren *Touraine* und *Solente* wie folgt: „Beiden

Affektionen ist gemeinsam lediglich das Vorhandensein eines ringförmigen, polsterartigen, mehrere Millimeter breiten und sich peripher ausbreitenden Erythems. Im übrigen jedoch gibt es genügend Unterscheidungsmerkmale, die für die Berechtigung einer Trennung und gegen eine Gleichstellung beider Dermatosen sprechen. Bei Erythema annulare centrifugum Darier stets zahlreiche Herde, die sich rasch (am Tag 2—4 mm) vergrößern; haben die Ringfiguren einen Durchmesser von 3—5 cm erreicht, so zerfallen sie in einzelne Segmente, die durch Konfluenz mit benachbarten Herden schließlich zu quirlanden — und arabeskenartigen Gebilden verschmelzen. Diese verschwinden nach einem 14 Tage bis 4 Monate währenden Bestand. Durch Nachschub neuer Herde wird das Krankheitsbild mehrere Monate, ja mehrere Jahre unterhalten. Gelegentlich kann es im Bereich der erythematösen Säume zu Schuppung, Bläschenbildung und Jucken kommen. Differentialdiagnostisch muß hierbei an eine Dermatitis herpetiformis Duhring gedacht werden. Seinem Wesen nach ist das Erythema annulare centrifugum Darier als eine toxisch oder toxisch-infektiös bedingte Manifestation aufzufassen. Lieblingssitz Stamm; sehr häufig Beginn im Bereich des Beckengürtels. Ein Übergreifen auf die Extremität ist nicht häufig, und wenn es der Fall ist, werden dann nur die proximalen Abschnitte befallen.

Bei dem Erythema migrans Afzelius-Lipschütz ist nur eine einzige Ringfigur, selten zwei, ausnahmsweise drei. Bevorzugter Sitz die Extremitäten, insbesondere die untereren. Die Ringfigur vergrößert sich rasch um etwa 5 mm am Tage und gewinnt mit der Zeit eine enorme Ausdehnung innerhalb von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ Jahren. Seltener ist ein abgekürzter Verlauf von einem Monat oder weniger. Nie Bläschenbildung,

Schuppung oder Jucken. Die unmittelbare Umgebung des Randsaumes ist für gewöhnlich leicht zyanotisch verfärbt. Seinem Wesen nach handelt es sich beim Erythema centrifugum Afzelius-Lipschütz um eine örtlich ausgelöste (Insektenstich) Hautreaktion."

Die Auffassung dieser beiden Autoren deckt sich im Wesentlichen mit der von *Lipschütz* gestellten Forderung. Was jedoch den Lieblingssitz der Erkrankung anbelangt, so dürfte ihre Ansicht auf Grund von Beobachtungen vieler anderer Autoren widerlegt werden können. Anscheinend wollten sie dem ätiologischen Moment besonders Rechnung tragen, da ja nach ihrer Annahme Insektenstiche die auslösenden Faktoren sind und diese in den meisten Fällen wohl an den unteren Extremitäten vorkommen, denn sehr häufig finden wir den Hinweis, daß sich die Patienten vor der Erkrankung mit unbekleideten Füßen und Unterschenkeln im Freien aufgehalten haben.

Auch bei meinen beiden, später zu beschreibenden Fällen liegt der Beginn der Erkrankung nicht auf den Extremitäten.

Als ätiologischen Faktor einen Insektenstich anzunehmen, ist wohl am meisten berechtigt. Wenn auch bei vielen Fällen als auslösendes Erkrankungsmoment dies nicht bestimmt zu erforschen ist, so muß man bedenken, daß erfahrungsgemäß viele Patienten nur mangelhafte Auskunft geben können. Sie sind entweder zu gleichgültig oder können sich beim besten Willen nicht mehr an etwas derartiges erinnern. Ob jedoch nur Ixodes reduvius oder ricinus in Frage kommen, wie dies ja wohl von den meisten Autoren angenommen ist, ist meines Erachtens eine zum mindesten gewagte Annahme. Ich glaube vielmehr, daß auch andere Insekten verantwortlich zu machen sind und

nicht allein diese beiden erwähnten Arten, die sich vornehmlich am Boden oder an niedrigem Gesträuch oder Gestrüpp aufhalten. Die Annahme aber, daß Insekten oder vielmehr Insektenstiche die Krankheit hervorrufen, ist insofern berechtigt, als die meisten Erkrankungsbeginne in die warme Jahreszeit, also Sommer oder spätestens Anfang Herbst fallen, also in eine Zeit, in der sich die von der Krankheit befallenen Menschen zum Teil barfüßig oder wenigstens weniger bekleidet im Freien aufhalten und so irgendwelchen Insektenstichen ausgesetzt sind.

Auf Grund dieser Ueberlegung drängt sich uns nun die Frage auf, liegt die Einwirkung eines Giftes vor oder haben wir es daneben auch mit einer Infektion zu tun. Wenn wir die allerdings wenigen aus der Literatur bekannten Fälle berücksichtigen, bei denen tatsächlich ein Insektenstich mit Sicherheit auszuschließen ist, dabei aber die Erkrankung die untrüglichen Escheinungen eines Erythema chronicum migrans zeigt, so können wir nicht umhin, der Annahme einer Infektion eine gewisse Berechtigung beizumessen. Gerade *Lipschütz* hat darauf hingewiesen, daß eine durch Insektenstich einverleibte rein toxische Noxe nicht imstande sei, einen so chronischen Prozeß hervorzurufen. Auch *Afzelius* scheint diese Ansicht zu teilen, da er der Untersuchung und der mikroskopisch-bakteriologischen Erforschung des Darmkanals, bzw. des Speichelsekrets des Holzbocks ein gewisses biologisches und pathologisches Interesse beilegt. Denken wir nur einmal an die Fleckfiebererkrankung, die doch offensichtlich durch ein Insekt hervorgerufen wird, und weiter an Erkrankungen an Erysipel, die nach einem Insektenstich auftreten können, so kann man auch zu der Annahme kommen, daß auch unsere Krankheit durch eine Infektion entsteht,

hervorgerufen durch einen unbekannten Erreger, der durch Insektenstich — oder Biß dem Körper einverleibt wurde.

Lipschütz fand in der subpapillären Schicht der Cutis Gefäßerweiterungen und perivaskuläre Infiltrate, die aus Rundzellen und gewucherten fixen Bindegewebszellen bestanden. In den tieferen Schichten waren die perivaskulären Infiltrate etwas dichter.

Bei einem Fall von *Popper* wurde in dem zentralen Infiltrat eine mächtige lymphocytäre Infiltration festgestellt.

Die Annahme von *Lipschütz*, daß es eine spez. Infektion sei und daß die Möglichkeit bestände, daß Krankheitskeime durch Insektenstiche in die Haut gelangen, wird auf Grund von Beobachtungen durch *Afzelius, Kaufmann, Wolf, Sachs* und *Strandberg* geteilt, wobei diese letzteren auf den zeitlichen Zusammenhang mit Insektenstichen hinweisen.

Erwähnenswert und von Bedeutung für die Annahme einer Infektion dürfte noch ein Fall sein, über den *Kenedy* im April 1934 berichtete. Bei einer 28jährigen Frau traten an beiden Beinen die typischen Erscheinungen unserer Erkrankung auf. Ein Insektenstich als Ursache war in diesem Fall auszuschließen. Patientin hat sich aber mit den Knöpfen ihres Korsetts beiderseits an den Hüften verletzt, wonach die Flecken und später die bekannten Ringe entstanden. Aus einem steril excidierten Hautstück wuchsen anaerobe Bakterien.

Neigen wir nun zu der Ansicht, daß es sich um eine Infektionskrankheit handelt, so nimmt es allerdings Wunder, daß diese Erkrankung so wenig gemein hat mit einer sonstigen infektiösen Erkrankung. Es treten keine, oder aber nur mäßige Temperatur-

steigerungen auf. In den meisten Fällen keine Drüsenschwellung in der Umgebung. Die befallenen Hautpartien zeigen nur geringe Schwellungen. Die subjektiven Beschwerden sind gering, nur das Auftreten der eigenartigen Ringe, das Größerwerden und die lange Dauer der Erkrankung rufen bei den Patienten Beunruhigung und Furcht vor einer schweren, unheilbaren Krankheit hervor.

Nachstehend gestatte ich mir nun, die von mir beobachteten Fälle von Erythema chronicum migrans bekannt zu geben:

H. E. aus C., Schüler.

Am 22. 7. 1935. Nach Angabe der Mutter wurde von ihr an der linken Rumpfseite des Jungen ein kleiner Kreis beobachtet, der an Ausdehnung ständig zunimmt. Vor drei Wochen kleine, rote Stelle. Seit dieser Zeit Wanderung.

Befund: Unterhalb des linken Angulus scapulae kleiner, etwas ödematös geschwollener Herd, der gerötet und auch im Ganzen etwas infiltriert ist. Im Radius von etwa 10 cm befindet sich ein vollkommen geschlossener Kreis, der 1 cm Breite hat und kaum über das normale Hautniveau erhaben ist, gerötet. Auf der Innen- und Außenseite leicht bläulich anämische Randzone. Die Pectoraldrüsen sind stark geschwollen, nicht sehr hart und mäßig schmerzhaft. Die Schwellung zieht sich bis zur Achselhöhle hin. Ueber der linken Brustwarze nochmals ein kleiner unregelmäßiger Kreis wie unten. Unterhalb des Kreises zwei Drüsenschwellungen. Im Zentrum nichts zu finden.

Blutbild: Hb 85%; Leuco. 5200; Erythroc. 4950000; Eos. 4%; Segm. 36%; Stab. 5%; Lympho. 48%; Mono. 7%.

Von dem Patienten erfuhr ich auf Befragen, daß er kurze Zeit vor dem Auftreten der Krankheitserscheinungen gelegentlich eines Lagerlebens des Jungvolks, an dem er teilgenommen hatte, öfters nur mit Badehöse bekleidet auf Grasboden gelegen habe. Einen Insektenstich hielt er für möglich.

Therapie: Eutirsolsalbe.

4. 7. 1935. Oberer Herd abgeheilt. Großer Herd blaßt ab. Drüsenschwellungen unverändert.
7. 7. 1935. Drüsenschwellung geht zurück.
8. 7. 1935. Drüsenschwellung geht weiter zurück; weiterhin Eutirsolsalbe.
10. 7. 1935. St. idem.
12. 7. 1935. Ichthyol. pur.
13. 7. 1935. dto.
15., 16., 17., 18. 7. 1935. Die gleiche Behandlung.
19. 7. 1935. Nur noch auf die Drüsen Ichthyol. pur. Kein Fortschreiten mehr.
20. 7. 1935. Allg. Besserung; Drüsen wesentlich kleiner; auf letztere Ichthyol. pur.
24. 7. 1935. Da sich wieder leichte Progredienz zeigt: Röntgenbestrahlung.
26. 7. 1935. 2. Röntgenbestrahlung.
29. 7. 1935. 5% Tct. jodi.
2. 8., 5. 8. 1935. dto.
10. 8. 1935. 10% Tct. jodi.

2. Fall: Frau G. W. aus Marburg, 55 Jahre alt.

12. 7. 1935. Etwas unterhalb einer bei der Patientin bestehenden Struma ein etwa 5-Markstück großer, roter Ring von einer Breite von ungefähr 3 mm. Verdacht auf Epidermophytie. Ein Pilzpräparat ergab keinen Befund.

Nach einigen Tagen kann mit Sicherheit die Diagnose Erythema migrans gestellt werden. Es wird Eutirsolsalbe verordnet.

Nach etwa 14 Tagen nimmt die Affektion an Umfang zu. Die charakteristischen Erscheinungen erhärten die angegebene Diagnose.

Im September bei Wiederauftreten der Menses, die von Mai an ausgeblieben waren, völliges Verschwinden.

Anfang Dezember neue Effloreszensen und zwar an der rechten Halsseite, nur mit dem Unterschied, daß sich der Ring nicht mehr so deutlich von den anderen Hautpartien abhob. Patientin unterzieht sich keiner Behandlung mehr.

Auf Befragen erklärt die Patientin, daß sie anfangs Juli auf einer in der Nähe ihrer Wohnung gelegenen Wiese gebleicht habe. Sie habe eine ausgeschnittene Bluse getragen und es sei nicht unmöglich, daß sie von einem Insekt gestochen worden sei. Irgendwelche subjektiven Beschwerden habe sie nicht gehabt. Nur die eigenartige ringförmige Hautfärbung habe sie veranlaßt, ärztlichen Rat einzuholen.

Zusammenfassung.

Die beiden beschriebenen Fälle zeigen die deutlichen Erscheinungen eines Erythema chronicum migrans: Beginn mit einem mehr oder weniger großen Erythemring, der verhältnismäßig rasch „wandert"; chronischer Verlauf.

Die Erkrankungen lassen sich durch die angewandten Mittel nur mäßig beeinflussen.

Als Entstehungsursache sind Insektenstiche anzunehmen, bei denen infektiöses Material in den Körper gelangte. Welches Insekt nun dafür verantwortlich zu machen ist, kann kaum mit Bestimmtheit angebeben werden und ist auch m. E. von untergeordneter Bedeutung. Weit wichtiger erscheint mir die Feststellung, daß es sich um eine infektiöse Erkrankung handeln muß, die in ihrer Intensität verschieden ist. Gerade der erste Fall berechtigt zu dieser Annahme, da ja bei ihm nicht unerhebliche Drüsenschwellungen aufgetreten sind, die außerdem noch Schmerzen verursachten. Den spezifischen Krankheitserreger festzustellen, muß einer zukünftigen Forschertätigkeit vorbehalten bleiben.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. *Ruete* herzlicht dafür zu danken, daß er mir die Anregung zu diesen Ausführungen gab.

Literatur.

Afzelius: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Strandberg: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Balban: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Bruhns: Dermatologische Wochenschrift.
Kaufmann-Wolf: Dermatologische Zeitschrift.
Bruhns: Archiv für Dermatologie.
— Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Drescher: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Freudenthal: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Kerl: Archiv für Dermatologie.
Frühwald: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Kenedy: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Stadelmann: Dermatologische Wochenschrift.
Darier: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Preininger: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Isaak: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Heffe: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Hellerström: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Kwiatkowski: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Planner: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Gottron: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Freund: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Heden: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Krestanow: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Touraine und Solente: Dermatologische Wochenschrift.
Lipschütz: Archiv für Dermatologie und Syphilis.
Alibekow: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskranke.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich, Heinrich, Adam, Otto Becker bin am 22. Mai 1885 als Sohn des Lehrers und Kantors Adam Becker in Cappel, Kreis Marburg, geboren. Nach Besuch der Volkschule und Vorschule bezog ich das Gymnasium Philippinum in Marburg, an dem ich 1906 meine Reifeprüfung bestand. Hierauf trat ich als Einjährig-Freiwilliger beim Inf.-Regt. 116 in Gießen ein. Ostern 1907 ließ ich mich als Student der Medizin an der Universität Marburg immatrikulieren. Ostern 1911 bezog ich für ein Semester die Universität Kiel. Nach Absolvierung der klinischen Semester studierte ich von Ostern 1913 bis zum Ausbruch des Krieges Zahnheilkunde. Seit dem 20. August 1914 war ich als wachhabender Arzt in mehreren Lazaretten in Kassel tätig. Am 4. November 1916 wurde ich zum Inf.-Regt. in Göttingen als Sanitätsgefreiter eingezogen. Vom 1. Februar 1917 bis zum 1. Februar 1919 war ich als Feldunterarzt im Gefangenenlazarett in Kassel-Niederzwehren tätig. Vom 1. Februar 1919 an war ich bis zum 1. September 1920 als wachhabender Arzt im Reserve-Lazarett Marburg, Abt. Ortenberg, tätig. Juli 1920 bestand ich das medizinische Staatsexamen. Am 20. Dezember 1920 ließ ich mich als prakt. Arzt nieder.

Meine akademischen Lehrer waren:

Anschütz, Bennecke, Bessau, Bielschowski, Brauer, Bruhns, Burckhardt, Esch, Feußner, Fischer, Friedrich, Gasser, Grüter, Hildebrand, Hübner, Kirstein, Kleinschmidt, König, Korschelt, Löhlein, Lütge, Matthes, Meyer, Müller, Ostmann, Richarz, Ruete, Schenk, Schmidt, Schottmüller, Schwenkenbecher, Stöckel, Zangemeister, Zinke, Zumstein.